



Roland J Dominguez MD PA

2829 Babcock, Suite 407

San Antonio, TX 78229

Phone: (210) 614-5437 Fax: (210) 949-5051

Autorizacion para La Liberacion de Registoros Medicos

(Por favor marque liberación o solicitud)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Al firmar este formulario, autorizo la liberacion o la solicitud de informes medicos a la persona (s) o entidad abajo.

Nombre: _____

Dirreccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono: _____ Fax: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Complete Medical Chart | <input type="checkbox"/> Lab or x-ray results |
| <input type="checkbox"/> Sick / Well visit | <input type="checkbox"/> Hospital Results |
| <input type="checkbox"/> Immunization Record | <input type="checkbox"/> Other |

VIH / SIDA: CONSENTIMIENTO PARA LA liberacion DE CUALQUIER RESULTADO POSITIVO O NEGATIVO PARA EL VIH / SIDA CON EL RESTO DE MIS REGISTROS MÉDICOS

Yo, el firmante, he leído lo anterior y autorizo a Roland J Dominguez MD PA de divulgar o solicitar la información que contiene. Entiendo que este consentimiento puede ser retirado por mí en cualquier momento, excepto en la medida en que se han tomado medidas de seguridad sobre ella. Entiendo que re-divulgador o esta información a un partido distinto al antes señalado, está prohibida sin autorización adicional de mi parte. Esta instalación es liberado y exonerado de cualquier responsabilidad y firmante tendrá la instalación inofensiva, para el cumplimiento de este ingenio "Autorización para la Divulgación de Información Médica".

Esta autorización se vence un año desde la fecha de la firma a continuación.

Tengo entendido que va a proporcionar esta información dentro de los 15 días siguientes a la recepción de la solicitud y que la cuota de preparar y proporcionar esta información puede ser acusado de acuerdo con las resoluciones establecidas por la Junta Estatal de Examinadores Médicos.

Padre/Tutor (Si es mayor de 18 anos de edad)

Fecha